CONSIDÉRATIONS

N° 59.

SUR

PLUSIEURS MALADIES DES ENFANS,

APPUYÉES DE QUELQUES OBSERVATIONS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 24 avril 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B. LETH, de Villeneuve,

Département du Var;

Interne des hôpitaux civils de Paris; ancien Élève de l'École pratique.

Ego liberam medicinam profiteor : nec ab antiquis sum, nec à novis; sed utrosque, ubi verum colunt, sequor.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX, *Suppléant.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Président.* CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Examinateur.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier, *Examinateur.*
Gérardin, *Suppléant.*	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON EXCELLENT PÈRE.

A MONSIEUR CAYOL,

Chevalier de la Légion-d'Honneur; Professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Mon cœur les confond dans sa reconnaissance.

J.-B. LETH.

CONSIDÉRATIONS

SUR

PLUSIEURS MALADIES DES ENFANS,

APPUYÉES DE QUELQUES OBSERVATIONS.

Mon but, ainsi que l'indique le titre de cette thèse, n'est point de passer en revue toutes les maladies qui peuvent affecter l'enfance; car, outre sa longueur, ce travail supposerait une expérience qui me manque encore. Quelques-unes seulement des maladies de cet âge, celles qu'on a le plus souvent occasion d'observer, fixeront mon attention. Je dois me hâter de déclarer que les leçons cliniques de M. *Guersent* seront à chaque instant mises à contribution dans les considérations auxquelles je vais me livrer, et je saisis avec plaisir l'occasion de remercier publiquement ce médecin distingué de la bienveillance avec laquelle il m'a toujours accueilli. En annonçant que mes observations ont été faites à l'hôpital des Enfans malades, j'indique assez qu'elles ont trait aux maladies que l'on observe depuis la deuxième jusqu'à la quinzième année de la vie.

1°. FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Variole.

L'invasion de la variole n'offre pas tout à fait les mêmes caractères chez les jeunes enfans et chez les adultes : en effet, les douleurs dans les membres et dans la région lombaire, si fréquentes chez les derniers, manquent assez communément chez les premiers, qui présentent beaucoup plus souvent des vomissemens répétés.

Dans quelques cas, l'invasion de la variole a lieu d'une manière en quelque sorte insensible ; à peine une légère accélération du pouls précède-t-elle l'apparition des pustules. Ce mode d'invasion s'observe principalement sur des enfans déjà atteints de maladies chroniques; j'en ai vu trois exemples remarquables pendant l'année 1828, dans les salles des filles dites *scrophuleuses*. Chez l'une d'elles, l'éruption débuta sur le dos de la main gauche, autour d'une fistule entretenue par la carie des os du métacarpe. Il n'est pas rare que le pourtour d'un vésicatoire soit le siége primitif des pustules varioliques; et M. *Guersent* les a vues assez fréquemment apparaître d'abord sur les parties génitales des petites filles, lorsque cette région est habituellement irritée par le contact trop long-temps prolongé de l'urine et des matières fécales.

La variole se présente, chez les enfans, sous des formes qui paraissent plus variées que chez les adultes : tantôt les pustules sont très-petites, extrêmement nombreuses, et d'une couleur rosée; tantôt, quoique toujours d'un très-petit volume, elles sont rares, et conservent la couleur de la peau, au-dessus de laquelle elles ne font qu'une très-légère saillie. Cette dernière variété se rencontre ordinairement sur des enfans très-jeunes, que des maladies chroniques ont réduit à un état voisin du marasme. Quelquefois la dessiccation des pustules est très-prompte; d'autres fois, au contraire, elle n'a pas lieu, et le pus, resté très-long-temps fluide, finit par ramollir et per-

forer l'épiderme : ce cas est fort grave. Je me contente d'indiquer parmi les variétés de la variole celles qui m'ont le plus frappé. De même, parmi les complications très-nombreuses de la maladie dont je parle, je n'en mentionnerai que quelques-unes, d'autant plus remarquables qu'elles sont peu connues, et qu'elles se présentent, sinon exclusivement, au moins beaucoup plus fréquemment dans l'enfance.

M. *Guersent* nous a fait remarquer quelquefois des bulles de pemphygus sur des sujets atteints de la variole; il ne les a jamais observées ailleurs qu'à l'hôpital des Enfans, et elles sont pour lui l'indice d'une mort presque certaine. Dans d'autres cas, plus rares, ce praticien a vu une fausse membrane recouvrir dans toute son étendue la muqueuse pituitaire, et la mort survenir constamment sans que l'exsudation pelliculaire se fût étendue dans les voies aériennes.

Il n'est pas rare de voir des pustules varioliques se développer sur la conjonctive; mais ces pustules, ainsi que cela a lieu pour toutes celles qui se montrent sur les membranes muqueuses, disparaissent ordinairement au bout de quelques jours, et n'entraînent jamais le ramollissement de la cornée dont je veux parler, lequel, selon M. *Guersent*, ne survient qu'à cette époque de la variole où il ne se forme plus de pustules, et ne saurait conséquemment dépendre de leur présence sur la cornée, comme l'ont prétendu quelques médecins. L'opacité de la cornée, son ramollissement et sa perforation se succèdent en général avec une rapidité telle, que, dans l'espace de fort peu de jours, et quelquefois beaucoup plus tôt, l'œil se vide en totalité ou en partie, quel que soit d'ailleurs le traitement employé.

Parmi les complications de la variole, l'inflammation du périoste a été observée quelquefois à l'hôpital des Enfans; elle s'est toujours manifestée par l'œdème et la sensibilité des parties affectées. En voici un exemple fort remarquable, qui m'a été communiqué par mon collègue et ami, M. *Maréchal*, interne à l'hôpital des Enfans.

Roussel, âgé de deux ans, entra, le 24 juillet 1828, dans la salle Sainte-Cécile, n°. 1. Cette petite fille, pâle et maigre, n'avait aucune

trace de vaccine. Les parens nous dirent que, quoique faible, elle se portait habituellement assez bien, qu'elle n'avait jamais eu de croûtes sur la tête ni à la face, et qu'elle toussait fréquemment depuis quinze jours, époque à laquelle elle avait eu la rougeole. L'examen de la poitrine fit reconnaître du râle crépitant vers la partie latérale gauche du thorax. Les jours suivans, il survint de la diarrhée, et le pouls s'éleva de 72 à 96 pulsations. Dans la nuit du 2 au 3 août, dix jours après son entrée, la petite malade fut prise d'une fièvre assez forte. Le 3 août, la peau offrait de la chaleur, le pouls battait 104 fois par minute, la langue était rosée. Le 5, 120 pulsations, diarrhée plus forte; on remarque pour la première fois des pustules varioliques commençantes sur les fesses et aux cuisses. Le 7, quelques pustules existent sur la face; celles des fesses et des cuisses sont élargies, déprimées, confluentes dans quelques points. Le 9, on découvre du gonflement aux mains et à la partie inférieure des avant-bras; les parties tuméfiées conservent un peu l'impression des doigts, sont douloureuses quand on les touche, et présentent fort peu de pustules; l'enfant crie beaucoup. Le 10, le 11 et le 12, le gonflement œdémateux est plus marqué, la peau offre une teinte luisante. La variole poursuit sa marche d'une manière régulière. On reconnaît une inflammation du périoste, que la faiblesse de l'enfant ne permet pas de combattre autrement que par des applications émollientes. Le 13, le gonflement paraît moindre; on compte 132 pulsations artérielles; les cris de l'enfant sont toujours fréquens, la toux persiste; il existe un peu de matité dans le côté gauche de la poitrine; la faiblesse et la maigreur font des progrès rapides; un grand nombre de pustules sont desséchées. Le 15 août, la tuméfaction des mains et des avant-bras paraît encore diminuée, la pression exercée sur ces parties n'est plus ou presque plus douloureuse. Mort à sept heures du soir.

Autopsie (douze heures après la mort). On trouve dans le thorax l'hépatisation du poumon gauche qui avait été reconnue pendant la vie. Le canal intestinal et les viscères abdominaux ne présentent rien de remarquable. Le crâne n'est pas ouvert. Les avant-bras, dans les deux tiers infé-

rieurs, et les mains dans leur totalité, sont tuméfiés, et conservent l'impression du doigt qui les presse. Le bras du côté gauche, disséqué avec soin, présente les lésions suivantes dans les parties tuméfiées. Tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sérosité. Muscles de l'avant-bras et de la main conservant leur couleur et leur consistance naturelles : après les avoir enlevés, on remarque que le périoste qui recouvre les phalanges du pouce et des doigts médius et annulaire, ainsi que celui des os du métacarpe, paraît détaché des os sous-jacens, et soulevé par un liquide. En incisant cette membrane, on donne issue à une assez grande quantité de pus grisâtre, épais, épanché autour de l'os, dont la surface, dénudée dans une étendue assez considérable, présente une teinte légèrement rosée : le périoste est lui-même notablement épaissi. Les parties voisines sont saines. Les épiphyses articulaires sont en grande partie séparées des os, dont quelques-uns, surtout au métacarpe, s'enlèvent très-facilement. Une altération tout à fait semblable se remarque au cubitus, vers sa partie inférieure et supérieure, la partie moyenne étant saine. Le radius n'offre rien de remarquable. L'avant-bras et la main du côté droit présentent des lésions tout à fait semblables à celle que je viens de décrire; seulement les os du métacarpe sont baignés par une plus grande quantité de pus, et sont isolés de toutes parts, en sorte qu'il est très-facile de les enlever.

Rougeole.

Il est très-fréquent, chez les enfans, de voir l'éruption survenir le lendemain du jour où l'invasion de la rougeole s'est annoncée par les symptômes qui lui sont propres, et notamment par une toux qui, selon M. *Guersent*, offre des caractères assez remarquables pour la faire distinguer de celle qui dépend d'une bronchite ordinaire. Dans le courant de l'année 1828, douze jeunes filles des salles des scrophuleuses ont été affectées de rougeole dans les mois de mai et de juin. L'éruption s'est montrée presque constamment le lendemain du jour

de l'invasion de la rougeole. Un mouvement fébrile plus ou moins intense, rarement précédé de frisson; la toux; assez souvent le larmoiement, quelquefois l'éternuement, et, dans un seul cas, des vomissemens : tels ont été les symptômes précurseurs. L'éruption a presque toujours disparu du deuxième au quatrième jour après son apparition. Chez une jeune fille seulement elle est restée stationnaire pendant huit jours, sans que nous ayons pu trouver une explication plausible de cette anomalie.

Parmi les complications de la rougeole, l'inflammation des poumons est extrêmement fréquente à l'hôpital des Enfans, et entraîne très-souvent la mort. Cette inflammation peut être assez étendue; dans d'autres cas elle est lobulaire, c'est-à-dire n'affecte que de très-petites parties du tissu pulmonaire. Les pneumonies lobulaires ou partielles sont, en général, multiples, et quelquefois très-nombreuses; elles siègent indistinctement à la superficie ou à l'intérieur des poumons. Dans le premier cas, l'aspect extérieur de ces organes suffit pour les faire distinguer; dans les deux cas on reconnaît, en les incisant, une hépatisation très-circonscrite, dont la couleur et la densité contrastent avec celles du tissu pulmonaire environnant. Il est fort rare que l'auscultation fasse reconnaître ces sortes de pneumonies, qui ordinairement ne changent pas d'une manière appréciable la sonoréité du thorax. La persistance de la toux, après la disparition de la rougeole, et un amaigrissement rapide en sont les signes les plus certains. Il faut convenir cependant que ces deux symptômes peuvent également dépendre de la présence de tubercules dans les poumons, et que dans beaucoup de cas il est impossible de distinguer, chez les jeunes sujets, les pneumonies partielles dont je viens de parler d'avec la phthisie pulmonaire. Ajoutons que ces deux altérations morbides existent fréquemment ensemble, circonstance qui doit en rendre le diagnostic encore plus obscur.

Scarlatine.

Au début de cette maladie les vomissemens sont bien moins fréquens que dans la variole. J'ai vu, chez une jeune teigneuse, la scarlatine commencer à la voûte palatine par de petites plaques d'un rouge vif.

L'angine pharyngienne et tonsillaire, qui accompagne si fréquemment la scarlatine, peut revêtir chez les enfans un grand nombre de formes. Le plus souvent cette inflammation est simple, et, à moins qu'elle ne soit extrêmement intense, elle n'exige aucun traitement particulier; car il est rare que le gonflement des amygdales soit porté à un très-haut degré. Dans quelques cas elle est accompagnée d'une exsudation pelliculaire, ordinairement *pultacée*, plus rarement *couenneuse*, pour me servir des expressions de M. *Guersent*. Il est extrêmement rare, dans ce dernier cas, que la fausse membrane s'étende dans les voies aériennes. Il est enfin possible qu'une véritable gangrène soit la terminaison de l'inflammation du pharynx et des tonsilles.

Les complications les plus fréquentes de la scarlatine sont, après l'angine, la bronchite simple ou suivie de pneumonie, les phlegmasies gastro-intestinales, et très-rarement celles du cerveau et de ses enveloppes. Lorsque les fièvres ataxiques ou adynamiques viennent à compliquer la scarlatine, elles entraînent presque toujours la mort, et, dans ces cas, il est rare qu'on trouve à l'ouverture des cadavres des altérations de texture auxquelles on puisse raisonnablement attribuer cette funeste terminaison. La même remarque me paraît tout à fait applicable à la variole.

Parmi les variétés de la scarlatine, il en est une qui me paraît d'autant plus importante à noter qu'elle est extrêmement grave, et qu'elle a été observée trois fois par M. *Guersent*, toujours chez de jeunes sujets. Dans ces trois cas l'éruption eut lieu très-rapidement, dans quelques heures, et fut suivie de convulsions générales, qui résistèrent aux évacuations sanguines, aux bains tièdes et aux antispasmodiques

administrés sous plusieurs formes. Ces trois enfans succombèrent au bout de quarante-huit heures. L'un d'eux put seul être ouvert, et l'autopsie ne montra aucune lésion à laquelle on pût rapporter les convulsions et la mort. Il est fort important de ne pas confondre ces convulsions survenues *après l'éruption* avec celles qui la précèdent; car celles-ci n'entraînent pour l'ordinaire aucun danger.

L'anasarque, qui complique quelquefois la scarlatine, peut survenir, chez les enfans, immédiatement après l'éruption, ou beaucoup plus tard, ce qui est le plus fréquent. Quand sa marche est aiguë, elle débute par des vomissemens répétés (M. *Guersent* a vu un enfant vomir des matières fécales), qui ne tardent pas à cesser, et à être suivis de changemens remarquables dans les urines; celles-ci diminuent de quantité, deviennent brunes, et déposent un sédiment rougeâtre. L'anasarque ne tarde pas à paraître. Pendant qu'elle s'établit il n'est pas fort rare de voir un épanchement séreux se faire brusquement dans les ventricules cérébraux. Il survient alors instantanément une cécité complète et une dilatation énorme des pupilles. Ces épanchemens, très-graves sans doute, ne sont pas toujours mortels; car M. *Guersent* est parvenu à guérir, à l'aide des révulsifs aux extrémités inférieures et à la nuque, associés aux purgatifs, plusieurs de ceux qu'il a rencontrés dans sa pratique.

2°. MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

L'inflammation de la membrane muqueuse de la bouche, désignée dans ces derniers temps par le nom de *stomatite*, est fréquente dans l'enfance; elle est souvent accompagnée d'une exsudation pelliculaire. La gangrène est assez fréquemment, du moins à l'hôpital des Enfans, la terminaison de cette inflammation; mais elle peut aussi se développer sans phlegmasie préalable, ainsi que M. *Baron* en a fait la remarque depuis long-temps. Cette maladie survient le plus communément chez des sujets affaiblis; elle s'annonce par une haleine exhalant l'odeur de gangrène à un degré repoussant, et par une bouf-

fissure très-considérable de la joue, lorsque la gangrène commence par sa face interne. Les paupières du côté malade sont quelquefois énormément tuméfiées : ce sont elles surtout qui présentent cet aspect luisant signalé par M. *Baron*. Une tache brune, qui ne tarde pas à se montrer sur la face externe de la joue, indique que la gangrène occupe toute son épaisseur. L'os maxillaire est ordinairement frappé de mort dès le principe; sa dénudation, et même la facilité plus grande avec laquelle on détache le périoste qui le recouvre, jointe à son changement de couleur, annoncent toujours une mortification profonde de l'os.

Chez une fille placée dans les salles des scrophuleuses depuis plusieurs années, et atteinte d'un ostéosarcome très-volumineux de la mâchoire inférieure, il se déclara, dans le mois de juillet 1828, une gangrène de la bouche qui détruisit les deux joues, la lèvre inférieure, et toutes les parties molles placées au-dessous de la mâchoire. La malade vécut plusieurs jours dans un état aussi affreux, conservant l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Une hémorrhagie peu abondante mit fin à ses jours. A l'autopsie, je remarquai la destruction complète de la moitié inférieure de la face et de la région sus-hyoïdienne. La langue était intacte, ainsi que je l'ai toujours noté dans plusieurs gangrènes de la bouche, que j'ai eu occasion d'observer. Quand à la mâchoire inférieure, entièrement détruite à gauche, où il n'en existait plus de traces, elle n'était représentée à droite que par une lame osseuse très-mince, d'un aspect poreux, recourbée sur elle-même, longue d'un pouce et demi environ, et tout à fait libre au milieu des parties molles voisines, qui étaient entièrement désorganisées.

L'œsophage est quelquefois atteint d'un ramollissement avec ou sans perforation, qui n'est pas très-rare chez les enfans; car nous en avons vu trois exemples dans le service de M. *Guersent* pendant l'année 1828. Le premier cas de ce genre que ce médecin rencontra, il y a quinze ans environ, fut décrit par lui comme une rupture de l'œsophage analogue à celle dont parle *Boërhaave*. Des efforts répétés

de vomissemens sans évacuations, et quelques accidens cérébraux, tels furent les symptômes observés. La percussion et l'auscultation du thorax auraient pu fournir des signes précieux ; car l'autopsie démontra que l'œsophage, perforé, s'ouvrait dans la plèvre droite, dans laquelle s'étaient épanchés les liquides ingérés par le malade en assez grande quantité.

Les ramollissemens de l'estomac sont beaucoup plus fréquens que ceux de l'œsophage ; ils peuvent être bornés à la membrane muqueuse, ce qui a lieu le plus souvent, ou occuper toute l'épaisseur des parois du viscère, et présenter l'aspect *gélatiniforme* décrit par M. le professeur *Cruveilhier*. Je n'ai eu occasion d'observer que la première espèce de ramollissement. Quant à ceux du second ordre, M. *Guersent* leur assigne pour symptômes, des vomissemens répétés survenant subitement, ordinairement sans douleur à l'épigastre, sans rougeur de la langue, sans sécheresse de la bouche, suivis promptement d'une altération profonde des traits, et se reproduisant souvent à des intervalles assez éloignés. Lorsque le ramollissement s'étend dans l'intestin grêle, il détermine une diarrhée qui, d'ordinaire, n'est pas continue, mais qui offre des intermittences remarquables. Le ventre n'est pas ballonné dans la plupart des cas, à moins qu'il n'existe une perforation.

M. *Guersent* ne pense pas que ce ramollissement profond des parois de l'estomac soit dépendant d'une phlegmasie, et entre autres preuves qu'il donne, il s'appuie sur les mauvais effets du traitement antiphlogistique et sur la réussite de l'opium conseillé par M. *Cruveilhier*. Le mode d'administration qu'il préfère, consiste à donner quelques gouttes de laudanum de *Rousseau* dans une petite quantité d'eau froide, qu'il donne également pour boisson. Dans quelques cas, et surtout lorsque la prostration est très-grande, la faiblesse extrême et l'altération des traits profonde, M. *Guersent* a obtenu les plus heureux résultats de l'application de vésicatoires sur les extrémités inférieures.

En admettant la possibilité de guérir les ramollissemens gélatini-

formes de l'estomac, il faut avouer qu'il n'est pas très-facile de l'expliquer. La membrane muqueuse se reproduit-elle dans quelques cas? Il est certain que M. *Bretonneau* l'a plus d'une fois détruite dans une grande étendue, en administrant de l'eau bouillante à des chiens qui ont parfaitement guéri, sans que, plus tard, il pût reconnaître la portion de la membrane muqueuse qui avait dû être nécessairement détruite par le liquide bouillant.

Je crois que, dans beaucoup de cas, il doit être très-facile de confondre ces ramollissemens de l'estomac avec d'autres affections, une gastrite, une péritonite aiguë, par exemple. On apporta, le 3 avril 1828, dans les salles de l'hôpital des Enfans, une fille de cinq ans et demi, d'une bonne constitution, vomissant continuellement depuis trois jours, se plaignant beaucoup du ventre, qui était légèrement rétracté et très-sensible à la pression, et présentant un *facies* profondément altéré : à ces symptômes se joignaient la fréquence et la petitesse du pouls. N'ayant d'abord aucun doute sur l'existence d'une péritonite, je prescrivis douze sangsues sur l'abdomen; elles coulèrent si abondamment qu'on fut obligé de cautériser les piqûres. M. *Guersent* et M. le docteur *Denis*, connu par ses recherches sur les maladies des enfans, virent la malade séparément le lendemain matin, et la crurent atteinte d'un ramollissement de l'estomac. On prescrivit trois gouttes de laudanum de *Rousseau* dans deux onces d'eau, et pour boisson ordinaire de l'eau fraîche. L'enfant succomba dans la soirée, et l'autopsie confirma la première idée, celle d'une péritonite aiguë. L'estomac était parfaitement sain.

Peu de jours après, nous eûmes occasion de faire une autopsie beaucoup plus curieuse, en ce sens que l'enfant étant mort après avoir présenté les symptômes d'une péritonite aiguë, selon les uns, et selon les autres d'un ramollissement de l'estomac, l'examen nécroscopique ne fit découvrir d'autre lésion dans les viscères abdominaux qu'un peu de rougeur vers la fin de l'intestin grêle, plus vive dans le gros intestin, dont la membrane muqueuse était évidemment épaissie. Il existait en outre une hépatisation bornée à une pe-

tite portion du poumon droit, qui avait été reconnue pendant la vie.

Ces deux exemples suffiront pour prouver ce que j'ai avancé touchant la difficulté de reconnaître toujours pendant la vie le ramollissement de l'estomac.

La fièvre bilieuse est du petit nombre des maladies que M. *Guersent* n'a point observées chez les très-jeunes enfans. Un cas bien remarquable de ce genre s'est présenté à notre observation dans le courant du mois de juin 1828. Une fille de huit à neuf ans, très-forte, succomba après avoir présenté, pour symptômes principaux, une fièvre continue, avec aversion complète pour toute espèce d'alimentation, quelques envies de vomir, un sentiment de plénitude très-marqué à l'épigastre, qui était peu sensible à la pression, une langue d'un blanc-jaunâtre et une céphalalgie sus-orbitaire très-prononcée. Plusieurs applications de sangsues furent faites sur le ventre, et la malade fut exclusivement soumise à un traitement antiphlogistique. A l'autopsie, nous trouvâmes les organes cérébraux et thoraciques dans l'état normal. Le canal intestinal, examiné avec la plus minutieuse attention, ne présenta aucune trace d'inflammation ; mais tout le monde fut frappé de la quantité énorme de bile verdâtre qui se trouvait dans l'estomac, dans l'intestin grêle surtout, et jusque dans le gros intestin. Le foie offrait sa couleur et sa densité ordinaires, et laissait s'écouler de la bile en assez grande quantité; ce liquide distendait la vésicule du fiel. M. *Guersent*, qui pendant la vie de la malade avait été porté à admettre l'existence d'une phlegmasie gastro-intestinale, reconnut alors une fièvre bilieuse, et regretta, avec la bonne foi et la franchise qui le caractérisent, de n'avoir pas employé un traitement évacuant.

L'état pathologique des glandes de *Peyer* et de *Brunner*, décrit sous le nom de *dothinentérite*, par M. *Bretonneau*, n'a jamais été observé par ce médecin ni par M. *Guersent* au-dessous de la troisième année de la vie. Cette maladie n'est pas très-rare, à l'hôpital des Enfans, au-delà de la sixième année.

Le carreau, c'est-à-dire la dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques, est rare dans les deux ou trois premières années de l'existence. La matité du ventre, que beaucoup de médecins considèrent comme un signe pathognomique de cette affection, ne s'observe qu'autant qu'il existe une péritonite chronique, très-souvent tuberculeuse, avec adhérence des viscères abdominaux entr'eux.

M. *Guersent* a quelquefois observé des douleurs abdominales extrêmement vives ne paraissant pas dépendre de la phlegmasie d'un viscère quelconque, et semblant avoir leur siège dans les parois de l'abdomen, douleurs que les applications de sangsues et les opiacés ne calmaient pas, et qui disparaissaient sous l'influence de bains de vapeurs. Il les considère comme analogues à la pleurodynie.

J'ai eu occasion de faire plus d'une fois une pareille remarque chez des personnes adultes ou d'un âge plus avancé.

3°. MALADIES CÉRÉBRALES.

L'hémorrhagie cérébrale est tellement rare chez les enfans, que M. *Guersent* assure ne l'avoir jamais vue au-dessous de quatorze ans. Il fait remarquer à cet égard que, puisque, d'une part, le cerveau est sensiblement plus mou dans le premier âge, et que, de l'autre, les congestions cérébrales, les *raptus* vers la tête sont plus fréquens dans l'enfance, sans pourtant que, sous l'influence de ces deux causes, l'apoplexie survienne, il faut admettre, quand elle a lieu dans les âges plus avancés, qu'elle est précédée d'une modification quelconque de la substance cérébrale.

Les ramollissemens blancs, que l'on rencontre si fréquemment dans le cerveau des enfans, et qui sont bornés le plus souvent à la cloison des ventricules, à leurs parois et à la voûte à trois piliers, ne paraissent pas à M. *Guersent* de nature inflammatoire : il croit qu'ils peuvent se former brusquement comme ceux de la cornée et de l'estomac que

j'ai précédemment indiqués, et que, comme ceux-ci, ils peuvent être dans beaucoup de cas indépendans d'une inflammation. Je partage entièrement cette opinion, et voici en peu de mots de quelle manière je conçois le ramollissement de nos organes. D'abord on ne saurait disconvenir que le sang, ou tout autre liquide, ne puisse, par son contact trop long-temps prolongé avec un tissu vivant, diminuer notablement sa densité. La rate, les poumons, dans leur partie postérieure, offrent de fréquens exemples de ce genre de ramollissement, qu'on peut considérer comme passif. En second lieu, nos organes sont continuellement soumis à un mouvement de composition et de décomposition qui constitue la nutrition, et cette action s'opère à la fois sur les solides et les liquides qui concourent à la formation de nos tissus, dont ils déterminent la forme et la densité. Or, ne voit-on pas que si, sous l'influence de causes qui peuvent être très-variées, le mouvement de composition et de décomposition, la nutrition, en d'autres termes, s'opère inégalement sur les solides et les liquides d'un tissu, il pourra se faire que celui-ci se ramollisse notablement par suite de la prédominance des liquides. L'inflammation doit nécessairement être comptée parmi les causes qui modifient le plus souvent la nutrition; de là la fréquence des ramollissemens de nature inflammatoire. Mais considérer toutes les variations que peut éprouver la nutrition, et par suite tous les ramollissemens comme dépendant d'un état inflammatoire, ce serait, ce me semble, tomber dans une erreur aussi grave que si l'on attribuait à l'inflammation toutes les variations de secrétions et d'exhalations, quoiqu'elle en soit fréquemment la cause.

Dans ses leçons cliniques, M. *Guersent* cite le cas d'une fille de douze ans qui fut prise tout à coup d'une hémiplégie complète du côté droit du corps, avec conservation entière des facultés intellectuelles. Un traitement antiphlogistique et révulsif avait amené une guérison presque complète, lorsque la malade fut prise d'une double pneumonie, à laquelle elle succomba quinze jours après l'apparition

de l'hémiplégie. L'examen attentif du cerveau montra pour toute lésion un ramollissement, *sans changement de couleur*, du corps strié *droit*, c'est-à-dire siégeant du même côté que l'hémiplégie.

M. *Guersent* croit qu'il peut exister un endurcissement aigu de l'encéphale chez les enfans, se fondant sur ce seul fait, qu'à l'ouverture du crâne d'un jeune individu qui avait présenté les symptômes d'une méningite de la base, il ne trouva aucune trace d'inflammation vers les méninges, mais un endurcissement très-marqué du cerveau. On trouve des faits analogues consignés dans les ouvrages des docteurs *Ollivier* et *Billard.*

C'est une chose bien connue que la fréquence des affections tuberculeuses chez les enfans. Il n'est peut-être pas, en effet, un seul organe dans lequel on n'ait rencontré des tubercules à cet âge. J'en ai vu souvent dans la rate et dans l'intérieur de l'utérus chez plusieurs petites filles, et une seule fois sous le feuillet du péricarde qui tapisse le cœur; mais le cerveau et ses membranes doivent être rangés parmi les parties dans lesquelles les tubercules se développent le plus souvent (je parle toujours des enfans). Il n'existe, je crois, aucun signe qui indique positivement leur présence. On peut les soupçonner lorsqu'un enfant, chez lequel on a de bonnes raisons de croire à l'existence de la diathèse tuberculeuse, succombe avec des symptômes cérébraux, qui quelquefois semblent purement nerveux, tels que des convulsions, et qui le plus souvent paraissent dépendre d'une inflammation méningo-encéphalique. Nous avons été quelquefois conduits à chercher des tubercules dans le cerveau, uniquement parce que la plupart des organes en contenaient, sans que notre attente ait été trompée. Quelques enfans, atteints de la maladie dont nous parlons, nous ont offert une expression assez remarquable de la face, qui, par l'immobilité de ses traits, jointe à un regard fixe et hébété, rappelait jusqu'à un certain point celle des hydrocéphales.

Je vais rapporter quelques observations qui me fourniront l'occasion d'exposer les caractères anatomiques des tubercules cérébraux, et de

citer quelques cas intéressans de méningo-encéphalite chez de jeunes sujets. Je tiens cependant à consigner d'abord une remarque que j'ai entendu faire plusieurs fois à M. *Guersent*, et qui me paraît fort curieuse : c'est l'existence presque constante de tubercules dans les poumons des nombreux enfans qu'il a vu succomber à une inflammation du cerveau et de ses enveloppes.

Ire. OBSERVATION.

Euphrosine Caron, âgée de douze ans, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, quoique adonnée à la masturbation, avait depuis long-temps le dévoiement, lorsqu'elle fut prise, au dire des parens, de tremblemens continus et de fièvre. Apportée, le 15 mars 1828, à l'hôpital des Enfans, elle présentait les symptômes suivans : face un peu étonnée ; peau chaude; 116 pulsations ; respiration facile ; diarrhée, langue rouge et sèche, ventre un peu volumineux et un peu dur ; avant-bras fléchis sur les bras, dont on ne peut les éloigner qu'avec beaucoup de peine (Mauve édulcorée, huit sangsues vers la région iléo-cœcale, cataplasme émollient sur le ventre, lavement émollient, sinapismes aux pieds, diète). Le 16 mars, 120 pulsations ; même contracture des bras, qui conservent leur sensibilité quand on les pince ; face rouge, couverte de petites gouttelettes de sueur; yeux brillans ; ventre un peu moins dur ; langue rouge, effilée, agitée de mouvemens convulsifs : pendant la nuit, on a été obligé de recourir à la camisolle de force pour empêcher la malade de se lever et de tomber de son lit. Le matin elle est entièrement immobile, et elle fait quelques réponses toujours très-courtes, et parfois assez justes (Douze sangsues autour du nombril). Le 17, 112 pulsations, pouls assez développé ; peau chaude ; face pâle ; serrement des mâchoires, que la malade peut cependant écarter un peu pour avaler quelques gorgées de tisane ; réponses nulles ; sensibilité des membres évidemment diminuée : les supérieurs sont toujours

contractés, et les inférieurs flexibles ; une seule évacuation a eu lieu pendant la nuit (Deux vésicatoires aux jambes). Le soir, la face étant un peu animée, trois sangsues sont appliquées derrière chaque oreille. Le 18, 112 pulsations; dilatation et oscillation des pupilles; l'enfant ne manifeste aucune douleur pendant qu'on panse les vésicatoires; un peu de roideur dans les muscles postérieurs du cou; celle des bras est légèrement diminuée; la déglutition est toujours assez facile ; la malade exhale une odeur très-désagréable analogue à celle de la sueur des pieds (Chiendent oxymellé; faire suppurer les vésicatoires). Le 19, même état que la veille, à peu de chose près : selles rares et solides ; le moindre mouvement imprimé à la tête colore instantanément les pommettes, qui sont habituellement pâles. On peut obtenir de temps en temps quelques courtes réponses (Compresses d'oxycrat sur le front). Le 20, 120 pulsations ; face plus abattue ; en pinçant fortement les pieds, on obtient de faibles signes de sensibilité ; l'odeur déjà mentionnée existe à un très-haut degré (Julep gommeux, avec addition de deux gros d'acétate d'ammoniaque ; un demi-lavement préparé avec une décoction de quinquina). Le 21, 132 pulsations ; quelques *sudamina* existent sur les parties latérales du cou ; immobilité des pupilles, état comateux (Même prescription). Le 22, fréquence extrême du pouls ; sueur universelle ; râle trachéal ; pas de selle depuis la veille au soir ; l'odeur persiste, mais n'offre plus le même caractère. Mort à dix heures du matin.

Autopsie (quarante-huit heures après la mort). Roideur cadavérique très-prononcée dans les membres supérieurs et inférieurs.

Crâne. *Dure-mère* dans l'état normal. *Arachnoïde* et *pie-mère* saines dans toute leur étendue, excepté vers la partie moyenne du sinus longitudinal supérieur : vers ce point, en effet, et dans l'étendue de deux pouces à peu près d'avant en arrière, et d'un demi-pouce de dedans en dehors, en partant du sinus, l'arachnoïde cérébrale présente un aspect jaune-verdâtre qui dépend vraisemblablement d'une infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et dans la

pie-mère. Cet aspect se remarque également à la face interne des hémisphères. Dans ces divers points, les membranes entraînent avec elles une partie de la substance grise sous-jacente, quand on les détache ; elles sont notablement épaissies, et présentent à leur face adhérente une foule de petites granulations jaunâtres. Toute la partie de l'hémisphère droit du cerveau placée au-dessus du ventricule latéral est dans un état de ramollissement extrêmement marqué. La substance grise, un peu décolorée, offre çà et là de petites gouttelettes de sang, et à la face interne de l'hémisphère dont nous parlons, près la faux du cerveau, elle présente, dans l'étendue d'un pouce environ, d'avant en arrière, un endurcissement très-notable. Tout à fait en dehors de ce point endurci existe un caillot de sang, ayant la forme et la couleur d'une petite sangsue. La substance blanche est extrêmement molle, là surtout où elle forme le centre ovale de *Vieussens;* sa couleur tire un peu sur le jaune. La paroi supérieure du ventricule qu'elle forme participe au ramollissement. Le reste de cet hémisphère est sain, excepté en arrière, où existe un tubercule placé dans la substance grise, et paraissant tenir à un prolongement de la pie-mère. Ce tubercule, du volume d'une noisette, n'était pas ramolli, et présentait, en l'incisant, cette couleur vert-jaunâtre qui paraît constante dans les tubercules cérébraux. L'altération de l'hémisphère gauche est la même que celle du côté droit ; elle est seulement moins étendue, et on n'y trouve pas de caillot sanguin. Les ventricules latéraux sont remplis de sérosité, sans être distendus. Le cervelet présente trois tubercules dans sa substance grise, qui ne paraît pas d'ailleurs altérée ; l'un de ces tubercules, du volume d'une petite noix, est ramolli au centre.

Moelle épinière. Rien de remarquable.

Thorax. Tubercules nombreux dans les poumons, qui sont fortement engoués en arrière ; l'un d'eux est même hépatisé dans une petite portion.

Abdomen. Péritonite chronique tuberculeuse caractérisée par l'ad-

hérence intime des intestins entr'eux, et avec les parois abdominales. Des milliers de tubercules existent à la face adhérente du péritoine, et même dans son épaisseur.

Plusieurs ganglions mésentériques sont tuberculeux. Le canal intestinal, qu'il est impossible de suivre dans toute sa longueur, à cause de l'adhérence intime de ses diverses portions entr'elles, offre çà et là quelques plaques rosées. Le vagin est très-large, et la membrane hymen peu prononcée (La fille qui fait le sujet de cette observation était adonnée à la masturbation).

Pour ne pas dépasser les limites que je me suis prescrites, je m'aperçois que je ne puis que citer quelques autres observations que je me proposais de rapporter en détail.

IIe. OBSERVATION.

Leroy, âgée de six ans et demi, succomba, le 22 mars 1828, à l'hôpital des Enfans. Les symptômes les plus remarquables qu'elle avait offert avaient consisté dans des vomissemens répétés au début de la maladie, des mouvemens convulsifs qui, après avoir cessé pendant quelques jours, se montrèrent avec plus de violence la veille de la mort; la perte de la connaissance, la diminution, et plus tard l'abolition de la sensibilité, une dilatation constante de la pupille *gauche*. La chaleur de la peau et une fréquence toujours croissante du pouls précédèrent la mort.

A l'*autopsie*, nous trouvâmes une sécheresse remarquable de l'arachnoïde des hémisphères, dont les circonvolutions étaient aplaties, ainsi que cela a lieu ordinairement lorsque les ventricules sont distendus par de la sérosité. On put se convaincre, en renversant le cerveau en arrière, que le liquide séreux existait en assez grande quantité à la base du crâne. Derrière l'entrecroisement des nerfs optiques, et dans une surface assez étendue, les membranes cérébrales étaient d'un jaune verdâtre; leur tissu parut notablement épaissi, et sous

l'arachnoïde se trouvait du pus étendu en nappe et infiltré dans la pie-mère. Les ventricules cérébraux étaient distendus par de la sérosité, dont l'aspect lactescent paraissait dépendre de la macération des parois ventriculaires, très-ramollies dans plusieurs points. La cloison des ventricules et la voûte à trois piliers étaient presque diffluentes, sans aucun changement de couleur. L'hémisphère *gauche* présentait dans son lobe postérieur un ramollissement circonscrit, rosé, offrant çà et là quelques petites gouttelettes de sang, au milieu duquel se trouvaient deux petits tubercules. L'hémisphère *droit*, plus malade que le gauche, était ramolli dans une plus grande étendue vers son lobe moyen : sa couleur dans ce point était rougeâtre. La couche optique, dans sa partie externe, participait au ramollissement; le corps strié avait sa consistance ordinaire; mais à sa face interne on remarquait une tache brune. Le cervelet, sain d'ailleurs, offrait à la face inférieure de son lobe *droit* une cavité qui logeait entièrement un tubercule non encore ramolli, adhérant à la fosse occipitale, et du volume d'une petite noix.

Les poumons contenaient une quantité innombrable de tubercules. Les glandes de *Peyer*, vers la fin de l'intestin grêle, en contenaient également quelques-uns.

III^e^. OBSERVATION.

Paillarse, âgée de trois ans, entra le 3 mai 1828 dans la salle Sainte-Cécile; elle était malade depuis dix-huit jours : vomissemens dans le principe, céphalalgie, assoupissement, convulsions depuis huit jours. Lors de son entrée, perte de la connaissance, convulsions, surtout quand on remue l'enfant, qui renverse alors sa tête en arrière; lenteur du pouls, peu de chaleur à la peau, pas de selles (Douze sangsues derrière les oreilles, deux vésicatoires aux jambes, quatre grains de calomel à l'intérieur). Le lendemain, 4 mars, pâleur de la face, coma, pupilles peu sensibles, point dilatées; pouls

faible, irrégulier, donnant cent douze pulsations (Six grains de calomel). Mort le soir.

Autopsie. Affaissement des circonvolutions; le cerveau paraît distendu. Les membranes, amincies et faciles à déchirer, entraînent avec elles une couche de substance grise quand on les détache. A la face interne du pont de *Varole*, les méninges ont une couleur rosée uniforme, et sont un peu épaissies. Dans d'autres points de la base du cerveau existe une infiltration sous-arachnoïdienne. La substance grise du cerveau est un peu décolorée. La substance blanche présente à la partie postérieure du ventricule gauche un ramollissement très-évident et circonscrit, sans altération de sa couleur. Un état analogue se fait remarquer à la cloison des ventricules et à la partie moyenne du corps calleux qui l'avoisine. Les ventricules latéraux n'offrent rien de particulier. Le cervelet contient, dans l'épaisseur du lobe droit, un tubercule du volume d'une grosse noix, de forme arrondie, un peu inégale, s'écrasant assez facilement sous le doigt, surtout à son centre, et se séparant aisément de la substance du cervelet, qui n'est nullement altérée, et présente, pour le loger, une cavité dont l'aspect, lisse et poli, dépend d'une membrane très-mince qui entoure le tubercule, auquel elle adhère faiblement. Les poumons sont sains. Quelques ganglions bronchiques sont tuberculeux.

Dans les trois observations qui précèdent, et dans six autres que je possède, il me paraît bien difficile de distinguer les symptômes propres aux tubercules d'avec ceux qui pourraient dépendre d'une autre lésion, et de dire si ces tubercules ont eu une part dans la production de ces lésions.

Une fille de six ans, atteinte de plusieurs caries articulaires, fut prise subitement, dans le mois de février de cette année, de convulsions d'abord partielles, puis générales, qui durèrent pendant vingt-quatre heures, et se terminèrent par la mort. A l'autopsie, je trouvai vingt-huit tubercules de différentes grosseurs dans le cerveau et le

cervelet : le plus grand nombre existaient au fond des anfractuosités cérébrales, et tenaient à la pie-mère ; d'autres étaient plongés entièrement dans la substance grise, quelques-uns dans la substance blanche. Ces deux substances étaient *généralement* un peu ramollies dans les points où elles étaient en contact avec les tubercules, à la surface desquels elles adhéraient le plus communément, au lieu d'en être séparées par une petite membrane, comme dans le cas cité précédemment. Tous ces tubercules offraient la couleur jaune-verdâtre qui leur est en quelque sorte propre ; un petit nombre étaient en partie ramollis, et toujours à leur centre.

M. *Guersent* n'a jamais rencontré la matière tuberculeuse dans la protubérance annulaire ni dans la moelle allongée.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

III.

Quæ ducere oportet, quò maximè vergant, eò ducenda, per convenientia loca. *Ibid.*, *aph.* 21.

IV.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Ibid.*, *aph.* 24.

V.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod naturæ modum excedat. *Sect.* 2, *aph.* 4.

VI.

Frigida velut nix, glacies, pectori inimica, tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect.* 5, *aph.* 24.